Sayı : ……………………………… …………………….

Konu : Dr…………………………. Tez Savunma

Sınavı

……………….. SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA

MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

…………… Kliniğinde eğitim gören uzmanlık öğrencilerinden Dr. ………. nın tıpta uzmanlık eğitimi tez sınav jürisi, yeri, tarihi ve saati; …………….tarih ve ………………. sayılı akademik kurul kararına göre belirlenmiş olup Ek’te yer almaktadır.

Sınav jürisinin davet yazılarının yazılması, jüri üyelerinin kurum izinlerinin alınması, sınav şartlarının oluşturulması kurumunuz sorumluluğundadır.

Tıpta ve Diş Hekimliğinde uzmanlık eğitimi yönetmenliğinin 19. Maddesine göre tez sınavının yapılmasını rica ederim.

Prof. Dr. İlhami ÇELİK

Dekan V.

Ek: 1 Uzmanlık Eğitimi Tez Savunma Sınavı Yer, Tarih ve Jüri Tespit Formu

Ek: 2 Tez benzerlik formu